

Commission on the
Future of Health Care
in Canada



Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

POLICY DIALOGUE NO.8

Sustainability of Canada's Healthcare System

University of Toronto
Toronto, Ontario

SEPTEMBER 11, 2002

The Commission on the Future of Health Care in Canada, in partnership with select Canadian universities, hosted 12 televised policy dialogues on key health care issues. At each session, a moderator guided a panel of leading health care experts in a discussion focussing on a priority health issue for Canadians. These sessions were based on Issue/Survey Papers developed for the Commission by the Canadian Health Services Research Foundation. This report is a synopsis of one of these 12 policy dialogues.

Moderator:

**Wendy Graham,
Primary Care Reform Committee, OMA**

Participants:

**Arnold Aberman,
Faculty of Medicine, University of Toronto**

**Brendon Barrett,
Faculty of Medicine, Memorial University**

**Peter Goodhand,
President, Medec**

**Graham Sher,
President, Canadian Blood Services**

**David McKinnon,
President, Ontario Hospital Association**

**Simon Sutcliffe,
Executive Director, BC Cancer Agency**

The policy dialogue began with a brief video that put the sustainability issue into perspective:

"As Canadians, we have always prided ourselves and taken comfort in having one of the best health care systems in the world. Highly trained professionals, institutions that were not only plentiful but well stocked, with room for us when we needed it. Whatever worries we may have had individually and collectively, affordable and accessible health care was not one of them.

How times have changed. We are no longer as confident in our system. Talk is of a system beset with problems: lengthy waiting lists, ambulances being turned away by hospitals, Canadians going to the US due to shortages of the most advanced equipment and technology. There is an underlying concern that our health care system can no longer meet demands and expectations.

Questions arise. Can we maintain the core values of our medicare system, namely care for all who need it free of direct charges. Despite the fact that we are a healthy nation, our health care costs are ever increasing. In the past 10 years, the average portion of provincial and territorial budgets spent on health care has risen from 33.2% to 38%. We spend 9.3% of our GDP on health care now, up from 6.7% in 1974. That is more than any other industrialized nation, although on a per person basis, we are in the middle of the pack. The drivers have been spending on drugs and the increased demands and costs of home care. Otherwise, costs have remained constant. We spend about the same on doctors today as we did in the 1980s. Hospitals take less of health care budgets today than they did back then. The big increases are the direct result of shifts to types of care not envisioned by or traditionally included in medicare.

Changes in the manner in which health care is delivered, and increasing demands for new and expensive technology have Canadians worrying. Will an aging population overwhelm the system, leaving us unable to pay for all that is needed? Can we in fact sustain a universal health care system. In response there are two basic positions: One argues that we can sustain a system on which we spend less than the US by substantial improvements in the way we manage the system. The other argues no, we cannot sustain the system as it now exists without either changes or more money. But Canadians have indicated they do not want higher taxes, and our politicians are reluctant to raise them. So if money really is the problem, how do we find more, or spend what we have differently?"

The discussion was framed by a background paper prepared by the Canadian Health Services Research Foundation that suggested three possible courses of action to enhance the sustainability of our system.

Course of action #1

Governments should expand the role of user fees for services usually covered by medicare.

Presentation by Dr. Arnold Aberman:

For the purposes of this discussion, I will define user fees as a small amount of money charged to the patient for covered services. I do not believe in user fees, but I do believe in freedom of choice. We have to allow patients freedom to buy medical services if they are not provided by the government, because otherwise we leave the system open to abuses of influence. In Ontario, people who want an imaging test faster than the public system will provide it will, if they are influential due to money or power, work the system to obtain faster care. In Quebec today, that same person can purchase a test at a private imaging centre for \$100. They do not bump anyone else out of the line, and this democratizes the ability to get ahead of the line.

If it were up to me, the government should fund those tests widely enough so that it could be obtained quickly within the public health care system without any kind of user fee. But if it cannot, I think we should make it legal for a patient to buy it. In Ontario the government has tried to solve this problem by setting up 20 private clinics and paying for tests through the public health care system.

Presentation by Dr. Graham Sher:

There are a number of ways user fees could be levied in the system. They could be flat fees payable when we see a family physician or specialist, or when we enter hospital. They could be deductibles against our insured health care, or they could be levied through income tax. What all these mechanisms have in common is that the more a person uses the system, the more ill they are, the more they are going to pay. It would, however, be possible to impose limits and even define categories of exemption or reduction based on low income.

Are user fees good for the system? Proponents argue that they reduce frivolous use health care services and provide an additional revenue stream for the system. And they could certainly be imposed selectively to encourage use of some services over others.

Opponents argue that they hurt the poor and the elderly more than other members of society, and may therefore reduce the use of health care by the poor and elderly, who need it most. They target patients while the biggest cost of the health care system are not those made by patient choice, but by physicians and other health care providers in the hospital setting. Patient overuse of the system is not really the issue, and therefore putting user fees on patients will not solve the problem.

Sweden is the example many look to as a success in its application of user fees, but we need to question its potential relevance for Canada. Sweden is a highly socialized system and the standard of living in Sweden is higher than in Canada, with a much smaller percentage of the population falling into the low or very low economic brackets. The Swedish user fee system applies to virtually every part of the health care sector: hospital visits, physician visits, drugs, dental care, home care, elder care. The fees vary depending on the type of service, but there is an annual cap of about \$150 as well as categories of exemption and reduced fees based on income. People who reach their cap early on are given what is called a green card, whereafter they are exempt from user fees and get access to the health care system essentially for free.

The low cap on user fees explains why the deterrent effect on use of health care services does not appear in Sweden. However, it also means that the total revenue generated from the user fee system is less than 2% of total health revenues.

I do not believe that user fees are the appropriate solution for Canada. They do not address the sustainability problem in that they really target patient overuse of the system, which is not the major driver of an unsustainable system. They would not add enough to general resources to make it sustainable, if we believe it is unsustainable in the first place, and they pose a risk to those most in need of the health care system.

Panel and audience discussion:

Dr. Brendon Barrett warned about confusing broadly applied user fees for services with the example Dr. Arnold Aberman provided of allowing privatized services to coexist alongside a public system. "If you were to try and have two streams of people accessing those services based on ability to pay, there is a fair chance that the public system will end up subsidizing the private," said Dr. Barrett.

Panelists agreed that user fees would do little to benefit Canada's health care system, mostly because patients are not the key decision makers about use of the system.

"To make the patient pay for advice that they receive from their physician is not appropriate."-- David McKinnon.

Nor would it accomplish the real goal of encouraging people to take more responsibility for their own health. However, Dr. Simon Sutcliffe bemoaned the absence of any incentives in our current system for appropriate use or for health maintenance, as well as the absence of penalties for improper use. Dr. Aberman pointed to the failings of managed care in the US, which used this type of incentive, to control costs in a manner acceptable to patients and their physicians.

One audience member from the Toronto Health Coalition questioned whether sustainability was a useful conceptual framework for thinking about the improvement of health care in Canada. He described the sustainability debate as being provoked and perpetuated by critics and competitors of the public system. Some panelists agreed that discussion of sustainability served to obscure the real question, which is: How much are we prepared to afford as a health care system, and then within that framework, how can we provide services.

Course of action #2

Governments should set a limit for health care expenditures to encourage greater innovation on how the health care system deals with new technology and the aging population

Presentation by Dr. David McKinnon:

This course of action is troubling for several reasons. First, about 12% of the people who leave the employ of Ontario hospitals today are doing so to go on disability, which derives partly from work pressures caused by existing budgetary pressures. Second, an arbitrary spending cap risks obscuring the real issues associated with sustainability. The first issue is government's unwillingness to make strategic decisions, despite their control over the nature of the services provided to the population, the pricing of these services, and the methods by which they are provided. There are many things governments can do other than cut costs, but generally speaking they do not do them. The second issue is public expectation, which is the real driver of costs in our system. In accord with Say's law that supply creates its own demand, every medical advance immediately generates a demand for its use. We need to learn, as a society, how to manage those expectations. The third issue is personal responsibility and lifestyle, given that a very large proportion of all the things we do in the health care system derive from addictions, from violence, from lack of exercise, etc. A cap on health spending would not do anything to deal with these real issues around sustainability.

It would also actively deter innovation, which is absolutely key to the sustainability of our system. In a world where we can offer robotic surgery, where we can have on-line access to nurses and physicians and sophisticated triaging systems supported by computer protocols, where internet delivery of many patient care services is now possible, if we fail to innovate, we will be buying most of our health care services from others in the years to come. Innovation is key to the survival of public medicare in the new international world of health care.

Every new advance takes money. As just one example, Medec has been working with Ontario's hospitals to improve the way we buy services. The investment needs attached to the project are significant, but the savings are much greater. We will not be able to make that kind of investment if we artificially cap spending.

Presentation by Peter Goodhand:

The concept of putting a cap on spending to stimulate innovation so we can deal with technology is looking down the wrong end of the tube. We should be looking at how we can drive innovation into the health care system so that we can embrace technology and improve sustainability. No single big bang innovation will fix the health care system in one shot. We are looking, rather at creating a culture of innovation within the health care system that will allow it to reinvent itself, regenerate itself, and sustain itself over time. If we look at the automotive industry, they embrace technology and innovation as the key to their survival. They see technology as the key to becoming more productive, more effective, and better. We have to incorporate the thinking of modern progressive industry into health care.

Like about 30,000 other Canadians, I have spent my career putting better technology in the hands of doctors and nurses so that they can deliver better health care. On a daily basis we are focused on quality and on delivering safe and effective products. But what drives us from a passion point of view is the drive to make a better product that will enable better health care. We are frustrated that time and time again, we deliver the tools for better health care and they are

rejected because the funding is not available. It is not macro level funding that is lacking, but specific funding in a certain place: silo funding.

For example, laparoscopic cholecystectomy has transformed a procedure that used to take three hours of operating room time, five or seven days of hospital stay, and five or six weeks of recovery. Now it is an hour or hour and a half procedure, an overnight stay in hospital, and back to work in three weeks. This has a significant impact on health care spending, but an even greater economic impact on society: almost 1 million working days restored to the general workforce because of a faster return from surgery. We see too many examples of technologies being rejected, not because of overall funding, but because the funding in a specific area is not in place at that time.

A second example is a \$15,000 neuro-surgical implant procedure that would offset about \$50,000 a year in home care costs. The hospital rejects this technology because it cannot afford the \$15,000, and has no incentive to cut down the \$50,000 in home care costs. The overall savings to the system is there, but the money cannot be moved from one silo to another.

My approach would not be to take money away so we become more innovative, but to drive innovation into the redesign of the health care system so the system can sustain itself. The study David McKinnon referred to identified about \$300 million in supply chain inefficiency and medication error costs that could be taken out of the system. It can only be done if private industry and public institutions work together. But if hospitals cannot make the investment in the technology required for supply chain management, those savings will never materialize.

Panel and audience discussion:

All panelists agreed that caps were more likely to stymie innovation than encourage it. Some efficiencies could be gained in parts of the system but these would not permit the improvements or expansions of service that innovation supported by investment could make. They would only permit a maintenance of the status quo, or worse, a deterioration of service.

"I think many of the so called efficiencies gained are really an illusion. What we have done is lift the capital off the system and in the process we have fundamentally eroded it. We have eroded the buildings, the human skills, and the morale through these caps. And that erosion is much more serious than most people understand." — David McKinnon

Dr. Simon Sutcliffe called caps a "cop out." "There are three parties in this debate: the government, the provider, and the consumer, and if there is to be a limit on what the health system does, it must apply to all three at the same time. We cannot just pass a cap down the stream in a linear fashion." Many emphasized that innovation was a process, not a one-shot advance that would render health care sustainable.

"Progress moves on slowly, creeping from point to point. Beware the grand design." -- Shakespeare, cited by David MacKinnon.

Many panelists saw a need to integrate funding and accounting mechanisms in health care to allow cost savings in one area to appear in another. Some found some cause for optimism in the Ontario government's decision to provide multi-year funding for hospitals that could

improve the planning and use of resources. Dr. Wendy Graham agreed that three-year projected budgets were one of the most promising features of Ontario's Family Health Networks as they provided the opportunity to plan and integrate.

David McKinnon felt that getting innovation into the system would require new forms of public and private sector partnership to bring the necessary talent into the enterprise. He envisioned technology partnerships, financial partnerships, and clinical partnerships as playing a role in innovation that would make the system sustainable.

There was some discussion of why innovations such as the introduction of nurse practitioners into primary health care were so slow in being implemented, with Doris Greenspan of the Registered Nurses Association of Ontario asking for an honest view of what the barriers were. The most productive response was that technological innovation was needed to connect the parts of health care into a system and link providers before there could be greater flexibility in provider roles.

A number of panelists identified the problem with justifying investments in innovation as going beyond silo funding. The latent demand in the system is such that any patients removed from the home care rolls because of a new treatment are immediately replaced, meaning that the savings never materialize anywhere in the system. "The way we count now, we would not save \$50,000 because home care has an endless supply of clients to look after," said Dr. Aberman. Panelists also admitted that not all innovations would have a cost benefit, at least within the health care system. They may increase quality of life and length of life, but at a significant cost. Implantable defibrillators were used as one example, where sudden death could be prevented, but only by doubling the cardiovascular budget.

In response to this line of thinking, Dr. Simon Sutcliffe pointed to the 1993 Health Canada Report on the Economic Burden of Illness, which found that lost productivity accounted for almost half the total economic burden of illness in Canada. "Implantable cardiac defibrillators have an impact on the quality of that individual's life in society," he stated. "The economics may not work within health care, but they certainly work in society." Some panelists still felt strongly that we should not be looking for cost savings as the sole justification for introducing new health technologies.

Course of action #3

The majority of new health care expenditures by government should be devoted to disease prevention and health promotion and not acute care and diagnostics

Presentation by Dr. Brendon Barrett:

We are faced today not so much with acute diseases, but rather with chronic illnesses that have emerged over a long period of time to become very prevalent in our population. They are rooted in a genetic milieu that we all carry with us and that may have been better suited to environments that are not present today. We have been forced into lifestyle choices which may, on that genetic background, be absolutely the wrong thing for us in trying to avoid chronic illness.

My specialty is kidney disease. There are now more than 14,500 Canadians on dialysis. It is very difficult to avoid putting people with advanced kidney disease on dialysis today. We have tried but not succeeded in finding a scientific way to determine who will and will not benefit from this therapy. Therefore, we offer people a choice, and most people choose to try it. The cost of caring for the Canadian dialysis population is somewhere around \$1 billion a year in direct health care costs. How can we say we will not come up with new money to deal with the increased demand for dialysis?

But advanced kidney disease is potentially preventable. Many people will come to that condition because of diabetes, which is often triggered or exacerbated by lifestyle factors such as diet and exercise. However, our acute care system is not set up to deal with people who have chronic illnesses before they come in with a major massive heart attack or advanced kidney disease. We are going to have to focus some of our preventive efforts on innovations in acute care delivery that reinforce effective preventive measures in patients identified with chronic diseases.

A primary prevention or health promotion approach would go back a step further and argue that indeed we have our genetic endowment but that we have to do something to render this toxic environment less toxic, or at least let people know about how to make more appropriate choices for their health given the environment they live in. That is extremely difficult given that the challenges we face include globalization, trade, food safety, laws and taxes. And if we get down to the level of individual consultation, we really have 30 million people who are going to need intensive ongoing work to help them achieve their optimal health. To move enough money into the prevention field to guarantee that we will not have to spend the money we currently do on managing advanced disease would be near impossible.

Presentation by Dr. Simon Sutcliffe:

I will confine my comments to chronic non-communicable diseases: cancer, cardiovascular disease, respiratory disease, diabetes, renal disease, mental health disease, and not consider communicable disease where there is ample evidence that prevention has been one of the major successes of modern medicine. I am also going to include not only the concepts of disease prevention — i.e. preventing disease in the healthy — but also the early identification of illness in those who are not yet aware they carry that particular illness. I will group my comments into three imperatives, and then some practical reality.

The first imperative is biological reality. Unlike infectious diseases, where in general you have Cause A gives rise to disease B for which you have standard therapy C, the chronic non-communicable diseases do not follow that paradigm. They have a complex etiology involving both genetic and environmental factors. They are characterized by a natural history that arises in

a state of health and progresses to illness over a period of many years before becoming symptomatic and life-limiting. They often involve multiple systems or organs, and by the time the individual is symptomatic or presents to medical care, the disease is advanced and the cellular and genetic processes are profound and numerous.

In a disease such as cancer for example, by the time someone presents with cancer, the expression of many hundreds of genes have been altered by the process of carcinogenesis over a number of years. Do we have to characterize all of those genetic changes? Which ones are causal and which ones are consequential? Do we have to find a remedy for each of those particular genetic pathways? And how will we actually afford that when one genetic pathway, the recently describe BCR Abelson transcript in chronic myeloid leukemia has a remediation cost of \$35,000 per patient per year for an indefinite period of time. The more rational strategy for these chronic diseases has to be the determination and remediation of cause or risk at a much earlier time in the disease process, when one can prevent the inexorable progression to chronic illness.

Second is the social imperative. Our current model of health care involves paying tax dollars to health i.e. a collective social responsibility, so that we can have all the necessary options for individualized disease management when we are ill. It is an illness management system where it is the responsibility of government to fund, the provider to provide, and the expectation of the client or patient that they will receive, largely without limitation. Health care reform has become acutely focused on the funder-provider issues of chronic illness management. Neither the health care system, nor the consumer, have focused on their collective or individual responsibilities for health management and health maintenance.

It is commonly proposed that 50-70% of all current chronic illness could be prevented by attention to causative factors that include tobacco, nutrition, exercise, obesity, sun exposure, alcohol abuse, and carcinogen exposure, causes over which we have a lot of individual control. The failure to address individual and societal responsibility for the consequences of lifestyles and behaviours that result in chronic ill health for which the healthy and the health conscious must pay is to abrogate our social responsibility. It is to transfer the issues of current health care provision to future generations. And as a developed society, it means we are failing to provide any leadership to a developing world for which these problems will be completely insurmountable as their age demographics approach Western world demographics.

Third is the fiscal imperative. The major chronic non-communicable diseases in adults are associated with aging. Canada is an aging society. Currently seniors comprise 12.5% of the population but consume 43% of all health expenditure. Cancer accounts for one quarter of population mortality. The number of new people developing cancer per year goes up by 2-3% every year. The number of people with experience of cancer in the population goes up by more than 5% per year. Although we are becoming incrementally better at treating cancer and changing cancer mortality, the fact is the age demographic actually outstrips advances we make in terms of treatment effect. Cancer drug budgets have gone up by 20-30% per year over the last four years, and we are only just now seeing the introduction of the molecularly targeted drugs that hold so much promise as future cancer therapies. To translate this into a metaphor, we can become incrementally better at pulling people out of the river. But if more and more people are going to fall in the river upstream and it costs us more and more to pull them out as they come downstream, then the fact is we cannot possibly get ahead of this situation. We can only lose at increasing cost, unless something pretty dramatic happens in the treatment of chronic disease, or the costs of health care go down quite substantially, neither of which has an ample precedent.

On the practicalities of prevention. We have said we believe that 50-70% of chronic

disease could be prevented through attention to lifestyle and behaviour. A theoretical goal would be to intervene to remove those causes of premature death, disability and years of life lost due to those lifestyles and behaviours. Changing lifestyle and behaviour is not like implementing a radiation therapy program or putting in a dialysis program. And compliance with interventions in health is not the same as compliance with interventions when one is ill. Similarly, converting sinners is a different business to educating the naive.

It is trite to think that we could just direct dollars toward prevention. However, it is quite conceivable that we could mount a program that incrementally addressed the problems of chronic disease through a comprehensive strategy. It has to be population based, it has to be integrated and coordinated across all the chronic diseases, because many of the determinants are common. It has to be mobilized at a community level throughout schools, workplaces, homes, recreational areas, etc. There has to be accountability for the measurement of outcomes over the long term, and a stable investment and infrastructure. Promotion and prevention are for life, not for the term of a government. The infrastructure has to be adopted at local, provincial and national levels, through policy and legislation, professional development, research, training, education, linkage and partnership across the educational and health care sectors. And we may need incentives for compliance, and penalties for non-compliance.

I do not know whether the majority of new health care spending should be put into prevention. What I strongly believe is that unless we are actually prepared to put money into prevention, pay for the infrastructure, and take on the issues of really encouraging healthy lifestyles and behaviours, we will never get ahead of managing chronic illness. We will fail more and more comprehensively at an ever increasing cost the longer we put off those decisions.

Panel and audience discussion:

Panelists strongly agreed that investment in prevention could not be at the expense of fixing acute care. However, most recognized the need for greater attention to, and a strategic plan for, prevention. Some panelists felt that the actual investment should go to establishing the partnerships, the linkages, the infrastructure, and the personnel needed to mobilize the effort at prevention. They emphasized that there are no good precedents for effective broad-based lifestyle modification encouragement. Many considered that the effort would be largely outside the health care arena and involve a broad, community-based set of educators. John Garcia, from the Department of Preventive Oncology at Cancer Care Ontario held out some cause for optimism in the tremendous reduction in smoking among Ontarians, from 50% in 1965 to 22% today.

Most agreed that disease prevention was not just a matter of individual behaviour change, but required new structures and attention to the social, political and economic dimensions of the behaviours in question. Some worried that the stability needed for a broad-based program was incompatible with changing agendas of different governments.

Some felt that the effort required concerted and strategic action from many different groups, such as schools and workplaces, but not necessarily a lot of money. One panelist suggested resurrecting the Participation model of encouraging exercise, which could be done in six months at modest cost. Another mentioned working with the fast food industry to reduce portion sizes. Parks development and tax incentives for businesses to take on lifestyle improvement mandates were also put forth. Dr. Sutcliffe suggested the effort was needed at the point of life where the person could best be reached.

The more specific level of prevention among those diagnosed with — or, in the near

future, found to be genetically predisposed to — chronic diseases, was identified as particularly beneficial, but also more expensive, than general population measures. In Dr. Sutcliffe's metaphor, this would be akin to grabbing people as they fell into the river.

"People with diabetes who already have a smoking history are not necessarily getting targeted management and the right advice and concerted efforts to change their behaviour and manage their disease right. These are situations where we might see immediate savings if we could change behaviour." — Dr. Simon Sutcliffe

While panelists did not address the issue, a number of audience participants emphasized the need to address prevention outside health care and recognize the connections between social policy and things like nutrition and exercise. Julie White, CEO of the Canadian Cancer Society, pointed out that the health care system fares badly at collaborating with players and policies outside the system, and that many of the preventive solutions are outside the system. "How can we talk about funding another Participaction program when we are eliminating sports programs in schools?" she asked.

In a similar vein, Barb Whal, President of the Ontario Nurses Association, sharply criticized the lack of attention to bigger societal issues and social policy in the discussion of prevention. How can we talk about health promotion without addressing the fact that single mothers on social assistance have terribly inadequate housing and no money for groceries? "The future generations we are talking about are the kids who today do not enough food to eat or decent clothing, housing and environments," she said. Interaction between different portfolios that can contribute to a common goal needs to be encouraged.

A number of panelists agreed that health care players should push forward education, workplace and community policies that contribute to health promotion. "As schools develop policies about sports and play areas, we should emphasize their health effects," said Graham Sher. "The greatest degree to which our cancer institutes will be able to influence the incidence and mortality of cancer is in using their knowledge to influence the community," agreed Dr. Simon Sutcliffe.

Conclusion:

User fees were not regarded as a productive option for Canada's health care system. Panelists agreed that patient overuse or misuse of health care, in terms of seeking care they did not need, was not a significant problem, but the idea that most health problems could be prevented by better lifestyle choices came up repeatedly. The incentive needed is not therefore an immediate deterrent to use services, but a long-term incentive to maintain health. As well, if user fees were applied according to the Swedish model Canadians have been examining with much interest, they would not add enough to general resources to make much difference.

Panelists agreed very strongly that caps work against innovation in health care, not toward it. Investment into fostering innovation in the system was presented as the best chance of using scientific and technological advances to improve sustainability. What is needed is more integrated funding and planning that would allow benefits and cost reductions in one area to be recognized in another part of the health care system, and even, some felt, in society at large. A few panelists cautioned that we should not enter the mindset where innovation is only embraced if it can reduced costs.

Dr. Simon Sutcliffe provided the compelling metaphor for investment in prevention. He described the increase in chronic non-communicable diseases such as diabetes, heart disease and cancer in terms of greater and greater numbers of people falling into the river. "We can become incrementally better at pulling people out of the river downstream. But if more and more people are going to fall in the river upstream and it costs us more and more to pull them out as they come downstream, then the fact is we cannot possibly get ahead of this situation." Counseling each Canadian individually in order to change potentially hazardous behaviours would be as expensive as it was ineffective. What is needed is an all-encompassing strategy, based outside the health care system but receiving support from health care players, that infuses social and community policy with a health care agenda. The group of people diagnosed with or predisposed to a disease in which behaviour played an important prognostic role could be targeted for individual preventive care counseling.

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada



Commission on the
Future of Health Care
in Canada

DIALOGUE SUR LES POLITIQUES N° 8

La viabilité du système de soins de santé au Canada

Université de Toronto
Toronto (Ontario)

11 SEPTEMBRE 2002

La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, en partenariat avec de grandes universités canadiennes, a organisé 12 dialogues télévisés portant sur les politiques en matière de santé et adressant des enjeux clefs liés aux soins de santé. Au cours de chaque session, un modérateur a guidé des experts du domaine de la santé dans une discussion autour d'un enjeu de la santé prioritaire pour les Canadiens. Ces dialogues se basaient initialement sur des documents d'information / de sondage, rédigés pour la Commission par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Le présent rapport résume l'un de ces 12 dialogues portant sur les politiques en matière de soins de santé.

Modératrice :

**Wendy Graham,
comité sur la réforme des soins primaires, OMA**

Participants :

**Arnold Aberman,
faculté de médecine, Université de Toronto**

**Brendon Barrett,
faculté de médecine, Université Memorial**

**Peter Goodhand,
président, Medec**

**Graham Sher,
président, Société canadienne du sang**

**David McKinnon,
président, Association des hôpitaux de l'Ontario**

**Simon Sutcliffe,
directeur général, BC Cancer**

Le dialogue sur les politiques en matière de viabilité s'est amorcé par la présentation d'une vidéo qui donne un aperçu de la question de la viabilité afin de la situer dans son contexte :

« En tant que Canadiens, nous avons toujours été fiers et nous avons toujours trouvé du réconfort à l'idée de posséder l'un des meilleurs régimes de soins de santé au monde. Nous avons toujours pu compter sur des services offerts par des professionnels hautement qualifiés oeuvrant dans des établissements qui, en plus d'être nombreux, étaient très bien approvisionnés et où il y avait de la place pour accueillir tous ceux qui avaient besoin de soins. Quelles que soient les inquiétudes que nous ayons pu ressentir à titre individuel et collectif, nous avons toujours eu l'assurance de pouvoir compter sur des soins de santé accessibles et à coût abordable. Comme les temps ont changé! Nous n'avons plus aussi confiance dans notre système de santé. On n'entend plus parler que d'un système de santé aux prises avec de nombreux problèmes : de longues listes d'attente, des ambulances qui sont refoulées aux portes des hôpitaux, des Canadiens qui doivent aller se faire soigner aux États-Unis en raison de l'accès limité à des équipements et à des technologies de pointe. Il y a une préoccupation constante à l'effet que notre système de santé ne peut plus satisfaire les attentes du public ni la demande prévue.

Il y a lieu de s'interroger. Pouvons-nous protéger les valeurs fondamentales qui sous-tendent notre régime d'assurance-maladie, à savoir offrir l'universalité des soins sans imposer de frais directs? Bien que nous soyons un pays prospère, les coûts des soins de santé ne cessent d'augmenter. Au cours des dix dernières années, la part du budget des provinces et des territoires consacrée aux dépenses de santé a augmenté en moyenne de 33,2 % à 38 %. Nous consacrons 9,3 % de notre PIB aux soins de santé, comparativement à 6,7 % en 1974. C'est plus que dans n'importe quel autre pays industrialisé, quoique sur une base individuelle nous nous classions dans la moyenne. Les facteurs déterminants sont les dépenses consacrées aux médicaments et les sommes déboursées pour répondre aux besoins accrus en matière de soins à domicile. Autrement, les coûts sont demeurés assez constants. Nous consacrons environ la même part de nos budgets de santé pour payer les médecins aujourd'hui que nous le faisons en 1980, alors que les sommes consenties aux hôpitaux ont diminué. Les plus importantes augmentations découlent directement de l'utilisation accrue des types de soins que n'étaient pas prévus et qui ne sont traditionnellement pas intégrés au régime d'assurance-maladie.

Des changements dans la façon dont les soins sont prodigués ainsi que les demandes accrues pour une technologie nouvelle et dispendieuse sont une source d'inquiétude pour les Canadiens. Notre système de santé subira-t-il les contre-coups du vieillissement de la population, et ce phénomène nous empêchera-t-il de répondre à tous les besoins qui en découlent? Sommes-nous vraiment en mesure d'assurer la viabilité d'un système de santé universellement accessible comme le nôtre? Deux positions de base ont été adoptées pour répondre à ces questions : certains affirment que nous pouvons maintenir un système pour lequel nous dépensons moins que les États-Unis en apportant des améliorations notables dans notre façon de gérer notre système de santé, alors que d'autres défendent le point de vue selon lequel nous ne pouvons assurer la viabilité du système de santé actuel, même en y consacrant plus d'argent et en effectuant divers changements. Cependant, les Canadiens et les Canadiennes ont fait valoir qu'ils ne sont pas en faveur d'une augmentation des taxes et nos politiciens hésitent à s'y résoudre. Donc, si l'argent est au vraiment au cœur du problème, comment faire pour en trouver davantage ou comment s'y prendre pour dépenser différemment l'argent que nous possédons déjà? »

Le dialogue se base sur un document d'information rédigé par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé qui expose trois pistes d'action qui pourraient contribuer à améliorer la viabilité de notre système de santé

Piste d'action 1

Les gouvernements devraient étendre la portée des droits d'utilisation aux services généralement intégrés dans le régime d'assurance-maladie.

Exposé du D^r Arnold Aberman :

Aux fins de la présente discussion, je vais définir les droits d'utilisation comme étant une petite somme d'argent que les patients doivent déboursier pour recevoir les services couverts par le régime d'assurance-maladie. Je ne crois pas aux droits d'utilisation, mais je souscris à la liberté de choix. Nous avons accordé aux patients le droit d'acheter les services médicaux qui ne sont pas offerts par les gouvernements, car nous aurions autrement laissé la porte ouverte à toutes sortes d'abus du trafic d'influence au sein de notre système de santé. En Ontario, les personnes qui veulent avoir un accès plus rapide aux tests d'imagerie diagnostique, sans attendre leur tour pour bénéficier de ceux qui sont offerts par le système public de soins de santé, peuvent le faire en fonction de l'influence que leur procure leur argent ou leur pouvoir et en manipulant le système pour obtenir plus rapidement des soins. Actuellement au Québec, une personne peut avoir accès au même test dans un centre privé d'imagerie en déboursant une centaine de dollars. Ces patients ne volent la place de personne dans la ligne d'attente et cela permet de démocratiser leur capacité de passer avant les autres qui attendent leur tour.

S'il n'en tenait qu'à moi, les gouvernements offriraient du financement à une si grande échelle, que les patients pourraient subir ces tests rapidement par le biais du système de santé public sans avoir à déboursier de droits d'utilisation. Mais, si cela s'avère impossible, je crois qu'il faudrait légaliser le processus et permettre aux patients de payer pour obtenir ce genre de service. Les gouvernements ont essayé de résoudre ce problème en Ontario en ouvrant 20 cliniques privées et en payant pour ces tests par l'entremise du système public de soins de santé.

Exposé du D^r Graham Sher :

Il existe de nombreuses façons possibles de prélever les montants exigés pour les droits d'utilisation au sein du système. Il pourrait s'agir d'un montant unique payable chaque fois que nous consultons un médecin de famille ou un spécialiste ou chaque fois que nous sommes admis à l'hôpital. Ces droits d'utilisation pourraient être déductibles au titre des services couverts par le régime d'assurance ou ils pourraient être prélevés dans le cadre des impôts sur le revenu. Le point commun de tous ces mécanismes, c'est que plus une personne utilise le système et plus elle est malade, plus elle aura à payer pour recevoir des services. Il serait toutefois possible de fixer des limites ou même d'établir des catégories d'exemptions ou de déductions fiscales qui viseraient les personnes à faible revenu.

Les droits d'utilisations sont-ils à l'avantage du système? Ceux qui défendent ce point de vue soutiennent que cela permettrait de réduire les usages frivoles des services de santé et de constituer une source de recettes supplémentaires pour le système. Ses frais pourraient certainement être imposés de façon sélective afin de privilégier l'utilisation de certains services par rapport à d'autres.

Les opposants soutiennent quant à eux que cela causerait davantage de tort aux pauvres et aux personnes âgées qu'aux membres de la société en général, ce qui pourrait en retour réduire le recours aux services de soins de santé pour les personnes qui en ont le plus besoin. L'accent est mis sur les patients, alors que les coûts les plus lourds pour notre système de soins de santé ne

résultent pas des choix effectués par les patients, mais bien des choix que font les médecins et d'autres fournisseurs de soins de santé *qui travaillent dans les milieux hospitaliers*. Le vrai problème ne réside pas dans le recours excessif des patients aux services offerts par le système de santé. Par conséquent, rejeter le fardeau des droits d'utilisation sur leurs épaules ne contribuera pas à résoudre ce problème.

Plusieurs considèrent que le système de santé suédois est un exemple de succès du point de vue de la mise en application du processus de collecte des droits d'utilisation, mais il faut s'interroger sur la pertinence de ce système pour le Canada. Le système de santé de la Suède est un système ayant recours à une médecine hautement socialisée et le niveau de vie des Suédois est plus élevé que celui des Canadiens, puisqu'un pourcentage beaucoup moins important de la population fait partie des catégories de personnes à faible ou à très faible revenu. En Suède, le système d'imposition des droits d'utilisation s'applique pratiquement à tous les services du secteur des soins de santé, soient les visites dans les hôpitaux, les visites chez le médecin, les médicaments, les soins dentaires, les soins à domicile et les soins aux personnes âgées. Les droits d'utilisation varient en fonction du type de service offert, mais il y a un plafond annuel d'environ 150 \$, en plus des catégories d'exemptions et de réductions selon le revenu. Les personnes qui atteignent rapidement le plafond alloué obtiennent ce qu'on appelle une carte verte, après quoi elles sont exemptées de déboursier des droits d'utilisation et peuvent essentiellement avoir accès gratuitement aux services du système de soins de santé.

Le fait que le plafond des droits d'utilisation soit si peu élevé explique pourquoi il n'a pas d'effet dissuasif sur l'utilisation des services de santé en Suède. Cependant, cela veut également dire que les recettes totales générées par le système d'imposition de droits d'utilisation représentent moins de 2 % des recettes totales provenant des services de soins de santé.

Je ne crois pas que l'imposition de droits d'utilisation soit une solution acceptable pour le Canada. Cette mesure ne contribuera pas à régler le problème de la viabilité du système, en ce sens qu'elle vise principalement l'utilisation abusive des services du système par les patients, ce qui n'est pas le principal facteur en cause pour expliquer la non-viabilité d'un système. L'imposition de droits d'utilisation ne contribuera pas à améliorer la viabilité de notre système de santé, en tenant pour acquis qu'il ne l'est pas, sans compter que cela représente un risque pour les personnes qui ont les besoins les plus criants des services offerts dans le cadre de notre régime de soins de santé.

Discussion entre le groupe d'experts et l'auditoire :

Le D^r Brendon Barrett a mis les membres de l'auditoire en garde en leur disant de ne pas confondre un système d'imposition de droits d'utilisation à grande échelle avec le fait de permettre, comme dans l'exemple fourni par le D^r Arnold Aberman, la privatisation des services qui seraient offerts de concert avec les services offerts dans le cadre du système public de santé. « Si l'on devait permettre à deux catégories de personnes d'avoir accès à ces services en fonction de leur capacité de payer, il y a de fortes chances que le système public finirait par subventionner le système privé », a déclaré le D^r Barrett.

Les experts reconnaissent que l'imposition de droits d'utilisation comporte très peu d'avantages pour le système canadien des soins de santé, principalement parce que les patients ne sont pas les principaux décideurs pour les questions qui se rapportent à l'utilisation du système.

« Il n'est pas convenable de faire payer le patient pour les »

conseils offerts par son médecin » – David McKinnon.

Cela ne permettrait pas non plus d'atteindre le véritable objectif qui est d'encourager les membres de la population à prendre leur propre santé en main. Toutefois, le D^r Simon Sutcliffe déplore l'absence d'incitatifs dans notre système de santé actuel, lesquels permettraient de promouvoir l'utilisation adéquate des services de santé ou le maintien de la santé, ainsi que l'absence de pénalités qui viseraient à contrer les utilisations abusives. Le D^r Aberman souligne les failles en matière de gestion des soins de santé de la part des Américains qui utilisent ce genre d'incitatifs pour tenter de contrôler les coûts d'une manière qui soit acceptable tant pour les patients que pour leurs médecins.

Un membre de l'auditoire faisant partie de la coalition de la santé de Toronto se demandait si la question de la viabilité représentait un cadre conceptuel utile pour réfléchir à la question de l'amélioration des soins de santé au Canada. Il a décrit le dialogue portant sur la viabilité comme étant un débat provoqué et entretenu par les critiques et les concurrents du système public. Certains experts ont reconnu que les discussions portant sur la viabilité ont servi à nous détourner de la véritable question, à savoir ce que nous pouvons nous permettre de payer dans le cadre de notre système de soins de santé et, dans ce contexte, de quelle façon nous pouvons nous offrir des services.

Piste d'action 2

Les gouvernements devraient imposer une limite aux dépenses de santé afin de favoriser l'innovation par rapport à la façon dont le système de soins de santé fait face à la question des nouvelles technologies et de la population vieillissante

Exposé du D^r David McKinnon :

Cette piste d'action est inquiétante pour plusieurs raisons. Premièrement, environ 12 % des personnes quittant leur emploi dans les hôpitaux de l'Ontario aujourd'hui le font à cause d'une invalidité due en partie à la pression qu'ils subissent dans leur vie professionnelle en raison des contraintes budgétaires auxquelles elles sont soumises. Deuxièmement, l'imposition arbitraire d'un plafonnement des dépenses risque de masquer les véritables enjeux en matière de viabilité. Le premier enjeu concerne la réticence du gouvernement à prendre des décisions stratégiques, malgré le contrôle qu'il exerce sur la nature des services offerts à la population, l'imposition des prix et les méthodes adoptées pour garantir la prestation de ces services. Les mesures que les gouvernements pourraient prendre avant de réduire les coûts sont nombreuses, mais en règle générale ils refusent de les adopter. Le deuxième enjeu concerne les attentes du public, ce qui constitue l'élément moteur de la détermination des coûts de notre système de soins de santé. Conformément à la loi de Say, selon laquelle l'offre crée sa propre demande, toute percée médicale crée immédiatement une demande de services. Nous devons apprendre, en tant que société, de quelle façon nous pouvons gérer ces attentes. Le troisième enjeu concerne la responsabilité personnelle et le style de vie, puisqu'une grande partie des actes posés dans le système de soins de santé découlent des dépendances, de la violence, du manque d'exercice physique, etc. Le plafonnement des dépenses de santé ne nous permettrait nullement d'examiner les vrais enjeux en matière de viabilité.

De plus, cette mesure contribuerait activement à décourager l'innovation qui est absolument essentielle à la viabilité de notre système de santé. Si nous ne favorisons pas l'innovation dans ce monde où il est possible d'avoir accès à des techniques robotiques de chirurgie, à des infirmiers et à des médecins en ligne, à des systèmes de triage sophistiqués appuyés par des protocoles informatiques, à la prestation de nombreux services de soins aux patients par l'intermédiaire d'Internet, nous devons nous résoudre à acheter la plupart de nos services de santé à l'extérieur dans les années à venir. L'innovation est un élément essentiel de la survie de régime public d'assurance-santé dans le nouveau monde international qui se dessine dans le domaine des soins de santé.

Chaque nouvelle percée médicale coûte de l'argent. Pour ne citer qu'un exemple, pensons à Medec qui travaille en collaboration avec les hôpitaux de l'Ontario en vue d'améliorer la façon dont nous achetons des services. L'appui de ce projet nécessite des investissements importants, mais les économies que cela permet de réaliser sont beaucoup plus importantes encore. Nous ne pourrions nous permettre d'effectuer ce genre d'investissements si nous décidons de plafonner artificiellement les dépenses.

Exposé de Peter Goodhand :

Le concept qui consiste à imposer un plafonnement des dépenses afin de stimuler l'innovation dans le but de traiter les questions de technologie est une façon de regarder par le mauvais bout de la loupe. Nous devrions nous pencher sur les moyens à utiliser pour stimuler l'innovation dans le système de soins de santé, de façon à pouvoir faire appel à la technologie et améliorer la viabilité de notre système. Aucune innovation de choc unique ne permettra de régler d'un seul

coup tous les problèmes du système de soins de santé. Nous devons plutôt envisager la création d'une culture de l'innovation au sein de notre système de santé, ce qui lui permettrait de se transformer en profondeur, de se renouveler et de s'autofinancer après un certain temps. Il suffit d'examiner ce qui se passe dans le secteur de l'automobile où l'on considère la technologie et l'innovation comme des éléments clés de la survie de cette industrie. Les intervenants de ce secteur considèrent en effet que la technologie est la clé de l'accroissement de la productivité, de l'efficacité et du rendement. Nous devons mettre en pratique les idées de cette industrie moderne et progressiste dans le secteur des soins de santé.

Tout comme environ 30 000 autres Canadiens, j'ai consacré toute ma carrière à mettre une meilleure technologie au service des médecins et des infirmiers afin qu'ils puissent offrir de meilleurs soins de santé. Au quotidien, nous mettons l'accent sur la prestation de services de qualité et sur l'offre de produits sûrs et efficaces. Mais ce qui nous motive du point de vue de la passion, c'est la volonté de créer un meilleur produit qui favorisera l'amélioration des soins de santé. Nous sommes constamment exaspérés par le fait que nous livrons des outils qui permettraient d'améliorer la prestation des soins de santé et qui sont rejetés parce que les fonds ne sont pas disponibles. Ce n'est pas le financement global qui fait défaut, mais le financement spécifique dans un domaine particulier : le financement par silos.

Prenons l'exemple de la cholécystectomie par laparoscopie qui a transformé une intervention qui nécessitait habituellement de passer trois heures dans la salle d'opération, un séjour de sept jours à l'hôpital et de cinq ou six semaines de récupération en une intervention qui dure maintenant entre une heure et une heure et demie, qui ne nécessite plus qu'un séjour d'une nuit à l'hôpital et qui permet de reprendre ses activités professionnelles au bout de trois semaines seulement. Cette nouvelle technique qui, en plus d'avoir une incidence importante sur les dépenses en matière de soins de santé, a des répercussions économiques beaucoup plus importantes pour la société : près d'un million de jours de travail sont récupérés dans l'ensemble de la population active, du fait que les gens retournent travailler beaucoup plus vite après avoir subi une opération. Les cas de technologies qui ont été rejetées sont beaucoup trop nombreux et, comme je l'ai déjà mentionné, le problème ne se situe pas tant au plan du financement global qu'au plan du financement spécifique, du fait que des crédits ne sont pas consacrés à un domaine particulier à ce moment-là.

Les implants neurochirurgicaux, des interventions qui coûtent 15 000 \$ mais qui permettraient d'économiser environ 50 000 \$ par année en frais de soins à domicile, en sont un autre exemple. Les hôpitaux rejettent cette technologie parce qu'ils ne peuvent se permettre de déboursier 15 000 \$ pour ce genre d'intervention et que rien ne les incite à réduire des frais de 50 000 \$ pour des services à domicile. Les économies globales potentielles pour le système de santé existent, mais les crédits ne peuvent être transférés d'un silo à un autre.

L'approche que je préconise ne consiste pas à prendre de l'argent du budget alloué au système de santé dans le but de devenir plus novateurs, mais à orienter l'innovation vers le renouvellement du système de soins de santé de façon à ce qu'il puisse s'autofinancer. L'étude mentionnée par David McKinnon a permis de déterminer qu'une valeur de 300 millions de dollars de coûts occasionnés par l'inefficacité de la chaîne d'approvisionnement et des erreurs de médicaments auraient pu être déduits du budget du système de santé. Cela ne sera possible que si les organismes du secteur public et les entreprises du secteur privé oeuvrent dans un esprit de collaboration. Toutefois, si les hôpitaux ne peuvent investir dans les techniques requises pour améliorer le système de gestion de la chaîne d'approvisionnement, ces économies ne seront jamais réalisées.

Discussion entre le groupe d'experts et l'auditoire :

Tous les experts reconnaissent que le plafonnement des dépenses risque davantage de contrecarrer l'innovation que de la favoriser. Des gains d'efficacité pourraient être réalisés dans certaines parties du système, mais ces gains ne permettraient pas de favoriser l'amélioration ou l'expansion du service autant que ne le ferait un investissement visant à favoriser l'innovation. Ces gains d'efficacité ne serviraient tout au plus qu'à maintenir le statu quo ou, pire encore, ils conduiraient à la détérioration du service.

« Je crois que bon nombre des soi-disant gains d'efficacité ne sont en réalité qu'une illusion. Tout ce que nous avons accompli, c'est de soutirer du capital du système et, dans la foulée, nous avons contribué à son érosion fondamentale. Ce plafonnement a contribué à éroder les bâtiments, les compétences humaines et le moral des gens. Elle est beaucoup plus profonde que ne le réalisent la plupart des gens. » — David McKinnon

D^r Simon Sutcliffe a appelé ces plafonnements des « dérobades ». « Trois parties sont visées dans ce dialogue : les gouvernements, les fournisseurs et les consommateurs, et s'il faut imposer des limites sur ce qui se fait au sein du système de santé, elles doivent s'appliquer aux trois parties en même temps. Nous ne pouvons pas seulement imposer un plafonnement vertical descendant, selon un concept linéaire. » Bon nombre de personnes ont fait valoir que l'innovation était un processus et non pas un progrès réalisé en un seul coup pour assurer la viabilité du système de santé.

« Le progrès est un processus lent où l'on progresse difficilement d'un point à un autre. Prenez garde au grand dessein. » -- Shakespeare, cité par David MacKinnon.

Bon nombre des experts invités ont relevé la nécessité d'intégrer les mécanismes de financement et les mécanismes de comptabilité du système de santé, afin de permettre que les économies de coûts réalisées dans un secteur entraînent des répercussions sur les autres secteurs. Certains ont estimé que la décision du gouvernement de l'Ontario d'accorder aux hôpitaux des crédits répartis sur plusieurs années dans le but de permettre une meilleure planification et une meilleure utilisation des ressources nous permet d'être optimistes. Le D^r Wendy Graham reconnaît que les budgets prévus pour une période de trois ans sont l'une des caractéristiques les plus prometteuses pour le Réseau santé-famille de l'Ontario, du fait que cela facilite la planification et l'intégration.

David McKinnon estimait que l'intégration de l'innovation dans le système de santé nécessiterait la création de nouvelles formes de partenariats entre le secteur public et le secteur privé afin de pouvoir attirer des gens qui pourront mettre leurs talents au service de cette entreprise. Il envisage l'établissement de partenariats dans le secteur de la technologie, des finances et des cliniques, une collaboration qui pourrait contribuer à favoriser l'innovation nécessaire pour assurer la viabilité du système de santé.

Une discussion a suivi et une question a été soulevée, à savoir pourquoi la mise en œuvre d'innovations comme le projet de faire appel aux infirmiers et aux infirmières pour offrir des

soins de santé primaires prenait autant de temps. Doris Greenspan, de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, a demandé qu'on lui fasse part en toute honnêteté de ce qui faisait obstacle à ce projet. La réponse la plus satisfaisante a été que l'innovation en matière de technologie devait être introduite afin de réunir les différentes parties du système en un réseau qui permettra d'établir le lien entre les divers fournisseurs de soins de santé, avant que l'on ne puisse songer à instaurer une meilleure flexibilité et définir les rôles qu'auront à jouer les divers intervenants.

Bon nombre des experts ont mentionné que le problème de la justification des investissements dans l'innovation allait au-delà de la question du cadre du financement vertical. La demande latente au sein du système de soins de santé est telle que les patients dont les noms ne figurent plus sur les listes d'attentes des soins à domicile en raison de l'introduction d'un nouveau type de traitement sont immédiatement remplacés, ce qui signifie qu'aucune économie n'est réalisée dans l'ensemble du système. « Étant donné notre manière actuelle de compter, il sera impossible d'économiser ces 50 000 \$, puisque les listes d'attentes des clients qui veulent recevoir des soins à domicile ne cessent de s'allonger, a dit le D^r Aberman. » Les experts reconnaissent également que les avantages de certaines innovations ne l'emporteraient pas sur les coûts, à tout le moins pour ce qui est des innovations introduites dans le système de soins de santé. Elles permettraient sans doute d'améliorer la qualité et la durée de vie, mais cela coûterait cher. On a donné l'exemple des défibrillateurs automatiques implantables qui permettraient de réduire les risques de mort subite, mais dont l'introduction nécessiterait de doubler les budgets consacrés au traitement des maladies cardiovasculaires.

Pour poursuivre dans cet ordre d'idées, le D^r Simon Sutcliffe a fait référence au rapport de Santé Canada portant sur le fardeau économique de la maladie en 1993, où il est dit que la perte de productivité représente presque la moitié du fardeau économique de la maladie au Canada. « Les défibrillateurs cardiaques implantables ont une incidence directe sur la qualité de la vie dans la société pour les patients qui ont subi cette intervention, a-t-il déclaré. Les considérations économiques ne sont peut-être pas un facteur dans le domaine des soins de santé, mais elles ont certainement une incidence au sein de la société. » Certains experts ont toujours la ferme conviction que nous ne devons pas considérer seulement les épargnes de coûts pour justifier l'introduction des nouvelles technologies dans le domaine des soins de santé.

Plan d'action 3

La majorité des nouvelles dépenses des gouvernements dans le domaine de la santé devrait être consacrée à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, et non pas aux soins de courte durée et aux services diagnostiques

Exposé du D^r Brendon Barrett :

De nos jours, nous ne sommes pas tant aux prises avec des maladies aiguës que nous ne le sommes avec des maladies chroniques qui se sont développées sur une longue période de temps pour devenir très répandues au sein de la population. Elles se sont enracinées dans un milieu génétique qui nous portons tous en chacun de nous et qui aurait peut-être été mieux adapté à des environnements qui n'existent pas à l'heure actuelle. Nous avons été forcés de faire des choix quant à notre mode de vie, lesquels pourraient dans ce contexte génétique s'avérer tout à fait inadéquats par rapport à notre volonté d'éviter les maladies chroniques.

Je me spécialise dans les maladies du rein. Plus de 14 500 Canadiens et Canadiennes ont actuellement recours à la dialyse. Il est très difficile de nos jours de refuser un traitement de dialyse à des patients qui souffrent d'une maladie rénale à un stade avancé. Nous avons tenté sans succès de trouver une manière scientifique pour déterminer lesquels parmi les patients devaient ou ne devaient pas bénéficier de ce traitement. Nous offrons donc le choix à la population et la plupart des personnes choisissent d'essayer ce type de traitement. Le coût des soins prodigués à des personnes dialysées au Canada représente une dépense avoisinant le milliard de dollars par année en frais de soins de santé directs. Comment pouvons-nous affirmer qu'il nous est impossible de trouver les fonds supplémentaires nécessaires pour répondre à la demande croissante de services de dialyse?

Il est toutefois possible de prévenir les maladies chroniques du rein. Bon nombre des personnes ayant une maladie rénale souffrent de cette condition parce qu'elles sont atteintes du diabète, une maladie qui est souvent provoquée ou exacerbée par des facteurs liés aux modes de vie, comme la nutrition et l'activité physique. Cependant, notre système de soins de courte durée n'est pas en mesure de traiter les personnes qui souffrent de maladies chroniques avant qu'elles ne soient admises pour une crise cardiaque grave ou pour une maladie rénale à un stade avancé. Il nous faudra concentrer une partie de nos efforts de prévention sur les innovations dans le domaine de la prestation des soins actifs, ce qui permettrait de favoriser la prise de mesures de prévention efficaces qui cibleraient les patients souffrant de maladies chroniques.

Une approche axée sur la prévention primaire des maladies ou la promotion de la santé permettrait de remonter plus loin en arrière et ferait valoir que bien que notre patrimoine génétique soit en effet un facteur déterminant qui influe sur la santé, il faut tout de même tenir compte de l'environnement physique et prendre des mesures pour rendre l'environnement toxique au sein duquel nous vivons moins toxique ou, du moins, faire en sorte que les gens prennent conscience qu'ils doivent faire des choix plus appropriés en matière de santé, compte tenu de cette réalité. C'est une démarche extrêmement difficile, étant donné que les défis auxquels nous sommes confrontés comprennent la mondialisation, le commerce, la salubrité des aliments, les lois et les taxes. De plus, si nous examinons la question sous l'angle de la consultation individuelle, nous voilà aux prises avec 30 millions de personnes qui exigeront que nous fournissions des efforts intensifs et soutenus afin de créer des conditions propices pour leur assurer une santé optimale. Il est pratiquement impossible d'affecter suffisamment de fonds à la prévention pour parvenir à éliminer les dépenses que nous effectuons présentement pour assurer la gestion des maladies chroniques.

Exposé du D^r Simon Sutcliffe :

Je limiterai mes observations aux maladies chroniques non transmissibles comme le cancer, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, les maladies du rein et les maladies mentales, sans aborder le sujet des maladies transmissibles pour lesquelles il a été clairement démontré que la prévention constituait l'une des plus grandes réussites de la médecine moderne. Je me pencherai non seulement sur des concepts comme la prévention de la maladie – c.-à-d. la prévention de la maladie chez les personnes en santé – mais j'aborderai également la question du dépistage précoce de la maladie chez les personnes qui ne savent pas encore qu'elles sont prédisposées à contracter cette maladie chronique particulière. Mes observations porteront sur trois impératifs distincts, et je terminerai en abordant quelques réalités concrètes.

Le premier impératif est une réalité biologique. Le modèle que suivent les maladies chroniques non transmissibles est tout à fait différent de celui suivi par les maladies infectieuses, où une cause A provoque une maladie B et pour laquelle il existe un traitement habituel C. Deux types de facteurs jouent un rôle dans l'étiologie complexe de ces maladies, soit des facteurs biologiques et des facteurs environnementaux. Elles sont caractérisées par l'histoire naturelle de la maladie, qui prend naissance dans un organisme sain pour se transformer en maladie sur une période de plusieurs années, avant que des symptômes ne se manifestent et que la maladie devienne mortelle. Les maladies chroniques s'attaquent souvent à des systèmes ou organes multiples et quand les symptômes se manifestent chez la personne atteinte, ou avant que la personne atteinte ne fasse des démarches pour se faire soigner, la maladie en est déjà à un stade avancé et les processus cellulaires et génétiques qui sont nombreux et en sont déjà à une étape avancée.

Dans le cas d'une maladie comme le cancer, par exemple, avant que la personne ne découvre qu'elle a un cancer, l'expression de centaines de gènes a déjà été altérée au fil des années par la production du cancer ou carcinogénèse. Devons-nous caractériser toutes ces séquences? Lesquelles sont responsables de la maladie et lesquels en sont la conséquence? Devons-nous trouver un remède pour chacune de ces modifications génétiques particulières? Comment pouvons-nous vraiment nous le permettre lorsqu'une seule séquence génétique, celle qui est associée à la leucémie myéloïde chronique dont la séquence génétique du transcrit (BCR Abelson) vient récemment d'être identifiée et dont le traitement curatif coûte quelque 35 000 \$ par année, par patient, pendant une période indéterminée. La stratégie la plus rationnelle pour traiter ce genre de maladie chronique consisterait à déterminer la cause ou les facteurs de risque à un stade beaucoup plus précoce du processus pathogénique et à prendre les mesures correctives qui s'imposent, avant que la maladie en question ne se transforme inexorablement en maladie chronique.

Le deuxième impératif est un impératif social. Selon le modèle du système de santé actuel au Canada, nous payons les soins de santé à même nos impôts, à savoir une responsabilité sociale collective, une formule qui permet de donner à chacun toutes les options nécessaires pour gérer individuellement sa propre maladie. Il s'agit d'un système de gestion de la maladie dans le cadre duquel les gouvernements sont responsables du financement, les fournisseurs de soins sont responsables de la prestation des services, et les clients ou patients s'attendent à recevoir un large éventail de services sans aucune restriction. La réforme du système de soins de santé met de plus en plus l'accent sur des questions touchant les bailleurs de fonds et les fournisseurs de services par rapport à la gestion des maladies chroniques. Ni le système de soins de santé ni les consommateurs n'ont insisté sur leurs responsabilités individuelles ou collectives pour ce qui est

de la gestion et du maintien de la santé.

Tous s'entendent pour dire que de 50 à 70 % des maladies chroniques actuelles pourraient être prévenues en portant davantage attention aux facteurs déterminants comme le tabac, l'alimentation, l'activité physique, l'obésité, l'exposition solaire, la consommation abusive d'alcool et l'exposition à des substances cancérigènes, qui sont toutes des causes de maladie sur lesquelles nous avons beaucoup de contrôle sur le plan individuel. À défaut de prendre nos responsabilités tant individuelles que sociales vis-à-vis des habitudes de vie et des comportements qui fragilisent la santé et favorisent les maladies chroniques, et pour lesquels les personnes soucieuses de leur santé doivent payer les conséquences, nous éluderons notre responsabilité. Cela consiste à transférer les problèmes liés à la prestation des soins de santé aux générations futures. Cela signifie qu'en tant que société développée, nous faisant preuve d'un manque de leadership à l'égard des pays en voie de développement pour qui ces problèmes deviendront tout à fait insurmontables étant donné que leur évolution démographique par groupes d'âge est en voie de rejoindre celle des pays occidentaux.

Le troisième impératif est un impératif fiscal. La majorité des maladies chroniques non transmissibles chez les adultes sont liées au vieillissement. La société canadienne est une société vieillissante. Bien que les personnes âgées ne représentent actuellement que 12,5 % de la population, elles absorbent plus de 43 % des dépenses en matière de santé. Le cancer compte pour le quart des décès au sein de la population. Il y a une augmentation de nouveaux cas de cancer de 2 à 3 % par année. Au sein de la population, le nombre de personnes atteintes d'un cancer augmente de plus de 5 % par année. Bien que nous nous améliorions sans cesse dans le domaine du traitement du cancer et de la diminution du taux de mortalité attribuable au cancer, le fait demeure que l'évolution démographique par groupes d'âge est beaucoup plus rapide que ne le sont les progrès que nous réalisons dans le domaine du traitement. Les budgets annuels des médicaments contre le cancer ont augmenté de 20 à 30 % au cours des quatre dernières années, sans compter que nous venons à peine d'introduire les médicaments pour le cancer qui font appel à la médecine moléculaire et dont l'avenir est tellement prometteur pour le traitement du cancer. Pour illustrer mon propos, je vais employer une métaphore. Nous pouvons nous améliorer sans cesse pour ce qui est de sortir les gens de la rivière, mais si un nombre toujours croissant de personnes tombent dans la rivière en amont et qu'il en coûte de plus en plus cher pour les en sortir à mesure qu'elles descendent le courant, il s'ensuivra que nous ne parviendrons jamais à maîtriser la situation. Nous avons tout à perdre en augmentant les coûts, à moins que ne survienne une percée spectaculaire dans le domaine du traitement des maladies chroniques ou à moins d'une réduction substantielle des coûts de santé, deux choses qui ne se sont pas souvent produites dans le passé.

J'en arrive aux réalités concrètes de la prévention. Comme nous l'avons déjà mentionné, nous estimons que de 50 à 70 % des maladies chroniques pourraient être prévenues en prêtant attention au mode de vie et au comportement. L'un de nos objectifs théoriques pourrait consister à intervenir afin d'éliminer les causes de décès prématurés, les invalidités et les pertes de vie attribuables aux modes de vie et aux comportements en question. Un changement de mode de vie ou une modification du comportement n'a rien de comparable à la mise en œuvre d'un programme de radiothérapie ou à la mise en place d'un programme de traitement de dialyse, tout comme l'observance des interventions pour une personne en santé ne se compare pas à l'observance des interventions pour une personne malade. De la même manière, il est plus facile d'inculquer de nouvelles habitudes que de changer des habitudes qui sont déjà bien ancrées.

Il est normal de penser qu'il suffit d'injecter des fonds dans la prévention. Cependant, il

est tout à fait concevable d'envisager la mise sur pied d'un programme qui nous permettrait de régler progressivement les problèmes liés aux maladies chroniques grâce à l'adoption d'une stratégie de prévention globale. Toutefois, il faudrait mettre au point une stratégie de prévention à base communautaire, laquelle serait coordonnée et intégrée afin de couvrir toutes les maladies chroniques, compte tenu du nombre de facteurs communs à toutes ces maladies. Il faudrait concevoir une stratégie à l'échelle communautaire et mobiliser des intervenants de divers secteurs, notamment dans les écoles, les milieux de travail, les foyers, les services récréatifs, etc. Il faudrait également prévoir une certaine responsabilisation en vue d'assurer la mesure des résultats à long terme, ainsi que la mise en place d'un cadre favorisant la stabilité des investissements et de l'infrastructure. La prévention et la promotion sont des efforts qui doivent être maintenus la vie durant et non pas seulement le temps du mandat d'un gouvernement. Il faudrait se doter d'une infrastructure à l'échelle locale, provinciale et nationale, en favorisant l'élaboration de politiques et de mesures législatives, le perfectionnement professionnel, la recherche, la formation, l'éducation, le réseautage ainsi que la création de partenariats dans le secteur de l'éducation et des soins de santé. Il faudrait également prévoir des mesures qui viseraient à encourager le respect du processus et qui permettraient d'imposer des sanctions dans le cas d'inobservation.

Je ne saurais dire si la plus grande partie des nouvelles dépenses de santé devrait ou non être consacrée à la prévention, mais ce dont je suis fermement convaincu, c'est que si nous ne sommes pas disposés dès maintenant à investir dans la prévention, à payer pour nous doter de l'infrastructure requise et à nous attaquer sérieusement à la question de l'adoption de modes de vie et de comportements sains, nous ne réussirons jamais à faire progresser le dossier de la gestion des maladies chroniques. Plus nous tarderons à prendre des décisions à ce sujet, plus notre échec sera total, et plus les coûts de santé iront en augmentant.

Discussion entre le groupe d'experts et l'auditoire :

Les experts appuient fermement le point de vue selon lequel l'investissement dans les programmes de prévention ne doit pas se faire au détriment des efforts à déployer pour régler la question des soins de courte durée. Toutefois, la plupart d'entre eux reconnaissent la nécessité d'élaborer un plan stratégique en vue de porter une plus grande attention aux mesures de prévention. Il faut que les investissements soient consacrés à la mise en place des partenariats, des réseaux, de l'infrastructure et du personnel requis pour mobiliser les efforts de prévention. Les experts ont fait valoir qu'il n'existait aucun bon exemple d'initiatives réussies, menées sur un large front, en vue de promouvoir l'adoption de nouveaux modes de vie. Plusieurs considèrent que l'action se déroulera en grande partie à l'extérieur du secteur des soins de santé et que les efforts seront déployés à grande échelle par divers groupes d'éducateurs au sein des collectivités. Selon John Garcia de la Division d'oncologie préventive d'Action Cancer Ontario, il y a lieu d'être optimiste si l'on considère la diminution considérable du nombre de fumeurs en Ontario, soit un pourcentage qui est passé de 50 % à 22 % de 1965 à ce jour.

La plupart des experts ont reconnu que la prévention de la maladie ne consistait pas seulement à changer nos comportements sur le plan individuel, mais qu'il importait également de mettre en place de nouvelles structures, en tenant compte des dimensions sociales, politiques et économiques par rapport à ces changements. Certains experts craignent que la stabilité requise pour mettre en place un programme à vaste échelle est incompatible avec les programmes qui changent chaque fois qu'un nouveau gouvernement est élu.

Selon certains experts, des efforts de prévention exigeraient une planification stratégique

et une action concertée de la part de nombreux groupes, comme des intervenants des écoles et des milieux de travail, mais ne demanderaient pas nécessairement de déboursier beaucoup d'argent. Un expert a suggéré de réintroduire la formule de ParticipAction, slogan utilisé pour encourager toutes les formes d'activités physiques, ce qui pourrait se faire en l'espace de six mois et à peu de frais. Un autre a mentionné que nous pourrions travailler en collaboration avec l'industrie de la restauration rapide afin de réduire la grosseur des portions. Il a également été question d'aménager des parcs et de mettre en place un programme de stimulants fiscaux afin d'encourager les entreprises à intégrer dans leur mandat un programme d'amélioration des modes de vie. Le D^r Sutcliffe a suggéré de concentrer les efforts de promotion à l'étape de la vie où les personnes sont les plus aptes à participer.

Les mesures de prévention ciblant les personnes atteintes de maladies chroniques – ou susceptibles d'être prochainement atteintes en raison de leur prédisposition génétique – ont été jugées comme étant particulièrement bénéfiques, mais également plus dispendieuses que celles qui visent la population en général. Selon la métaphore employée par le D^r Sutcliffe, cela reviendrait plus ou moins à attraper les gens avant qu'ils ne tombent dans la rivière.

« Les personnes qui souffrent du diabète et qui ont des antécédents de tabagisme ne bénéficient pas nécessairement des initiatives de gestion ciblée, ni des conseils adéquats et des efforts concertés nécessaires pour les encourager à modifier leur comportement et à gérer leur maladie de façon adéquate. C'est le genre de situations où des changements de comportement pourraient entraîner des économies immédiates. » — Dr Simon Sutcliffe

Bien que cette question n'ait pas été abordée par les experts, bon nombre des membres de l'auditoire ont souligné la nécessité de faire des efforts de prévention en dehors du secteur des soins de santé et de reconnaître les liens qui existent entre la politique sociale et des aspects comme la nutrition et l'activité physique. Julie White, directrice générale de la Société canadienne du cancer, a fait remarquer que le système de soins de santé fait piètre figure pour ce qui est de la collaboration avec des intervenants de l'extérieur du système et les politiques qu'ils défendent, en soulignant qu'un grand nombre de solutions en matière de prévention débordent du cadre du système de santé. « Comment pouvons-nous parler du financement d'une autre campagne comme ParticipAction quand nous abolissons des programmes sportifs dans les écoles? », a-t-elle souligné.

Dans le même ordre d'idées, Barb Whal, présidente de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, a sévèrement critiqué le peu de cas que l'on avait fait de la politique sociale et de problèmes sociétaux plus importants dans le dialogue sur la prévention. « Comment pouvons-nous parler de promotion de la santé sans aborder la question de ces mères célibataires qui vivent de l'aide sociale, qui habitent dans des logements totalement inadéquats et qui n'ont pas assez d'argent pour payer l'épicerie? Les futures générations auxquelles nous faisons allusion, sont ces enfants qui manquent aujourd'hui de nourriture, de vêtements décents, de logements adéquats, et qui vivent dans des conditions de vie inacceptables, a-t-elle ajouté. » Il faudrait encourager l'interaction entre les différents portefeuilles de façon à favoriser l'atteinte d'un objectif commun.

Bon nombre des experts sont d'avis que les intervenants en santé devraient déployer des efforts afin de favoriser l'adoption de politiques qui feraient la promotion de la santé dans le

domaine de l'éducation, dans le milieu du travail et au sein de la collectivité. « Alors que les écoles élaborent des politiques concernant les sports et les terrains de jeu, notre rôle devrait consister à insister sur les effets bénéfiques pour la santé, a dit Graham Sher. » « La meilleure façon pour les organismes qui luttent contre le cancer de réduire l'incidence du cancer et le taux de mortalité attribuable à cette maladie consisterait à mettre leur savoir à contribution pour influencer les membres de la collectivité, » a reconnu le D^r Simon Sutcliffe.

Conclusion :

Les droits d'utilisation n'ont pas été perçus comme une solution pratique pour le système de santé du Canada. Selon les experts, l'utilisation excessive ou abusive des services de soins de santé par des patients essayant d'obtenir des soins dont ils n'ont pas vraiment besoin ne constitue pas un problème important, mais le point de vue selon lequel la plupart des problèmes de santé pourraient être prévenus en faisant un meilleur choix de style de vie est revenu à plusieurs reprises. Par conséquent, la solution ne consiste nullement à décourager l'utilisation des services de santé dans l'immédiat, mais bien à encourager le maintien de la santé à long terme. Par ailleurs, imposer les droits d'utilisation suivant le modèle suédois, modèle que les Canadiens ont examiné avec beaucoup d'intérêt, ne permettrait pas d'augmenter les ressources de façon suffisante pour que cela puisse faire une grande différence.

Les experts sont fermement convaincus que l'imposition d'un plafonnement des dépenses irait à l'encontre de l'innovation dans le domaine des soins de santé plutôt que de contribuer à la favoriser. Investir dans l'innovation a été perçu comme la meilleure option pour parvenir à tirer profit des percées scientifiques et technologiques qui permettraient d'assurer la viabilité de notre système de santé. Il faut favoriser l'adoption d'une approche plus intégrée en matière de financement et de planification, de façon à ce que les augmentations de bénéfices et les réductions de coûts réalisées dans un secteur puissent être reconnues dans un autre secteur du système de soins de santé, et même, de l'avis de certains, dans la société en général. Quelques experts ont mentionné qu'il fallait prendre garde de ne pas se laisser aller à adopter une attitude selon laquelle l'innovation doit être encouragée seulement lorsqu'elle permet de faire des économies de coûts.

Le D^r Simon Sutcliffe a recouru à une métaphore très pertinente pour illustrer l'investissement dans la prévention. Il a comparé l'augmentation de l'incidence des maladies chroniques non transmissibles comme le diabète, la maladie du cœur et le cancer à un nombre toujours croissant de personnes qui tombent dans une rivière. « Nous pouvons nous améliorer sans cesse pour ce qui est de sortir les gens de la rivière, mais si un nombre toujours croissant de personnes tombent dans la rivière en amont et qu'il en coûte de plus en plus cher pour les en sortir à mesure qu'elles descendent le courant, il s'ensuivra que nous ne parviendrons jamais à maîtriser la situation. » Tenter de conseiller les Canadiens de façon individuelle en vue de les inciter à changer des comportements potentiellement dangereux s'avérerait aussi dispendieux qu'inefficace. Ce dont nous avons besoin, c'est d'une stratégie globale qui serait élaborée en dehors du système mais qui serait appuyée par les intervenants en santé, une stratégie qui permettrait de faire en sorte que les dimensions sociales et communautaires transcendent la politique du programme de soins de santé. Les personnes chez qui on a diagnostiqué une maladie ou qui sont prédisposées génétiquement à contracter une maladie pour laquelle les comportements ont un important rôle à jouer dans l'établissement du pronostic pourraient être admises à participer à des séances de counselling individuel axé sur les soins de santé préventifs.

